



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**A CONCEPÇÃO DE PROFESSORES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO EM  
ALUNOS COM OS SUPOSTOS TRANSTORNOS DE DÉFICIT DE  
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.**

**JOSY BORGES GULLO RAMOS PEREIRA**

**Brasília, Março/2013.**



**A CONCEPÇÃO DE PROFESSORES SOBRE A MEDICALIZAÇÃO EM ALUNOS  
COM OS SUPOSTOS TRANSTORNOS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E  
HIPERATIVIDADE.**

**JOSY BORGES GULLO RAMOS PEREIRA**

Trabalho Final de Curso apresentado, como requisito para obtenção do título de Licenciado em Pedagogia, à Comissão Examinadora da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, sob a orientação da professora Viviane Neves Legnani.

**Comissão Examinadora:**

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Viviane Neves Legnani. (orientadora).*  
**Faculdade de Educação da Universidade de Brasília.**

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Massot Madeira Coelho*  
**Faculdade de Educação da Universidade de Brasília.**

---

*Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fátima Lucília Vidal Rodrigues*  
**Faculdade de Educação da Universidade de Brasília.**

### ***DEDICATÓRIA***

*Dedico esse trabalho aos meus pais por me ensinarem sobre a relação entre pais e filhos, pela torcida incansável, pelo amor e companheirismos que tiveram. Em especial pelos momentos difíceis que vivemos e pela possibilidade de ser fruto do reflexo do que há de melhor em vocês.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar a Deus que me deu forças pra concluir mais uma etapa da minha vida, que me guiou e me confortou nos momentos difíceis ao longo desta etapa, que não foram poucos.

Agradeço a minha mãe, Rosemay que foi minha companheira em TODOS os momentos, que foi minha professora da vida, agradeço por ser meu colo quando não tinha mais o que fazer, que me deu forças pra chegar aonde eu cheguei, que me ajudou de todas as maneiras, sempre querendo o meu melhor. Agradeço, principalmente, por acreditar em mim, por ser a melhor amiga que alguém poderia ter, por ser MÃE.

Agradeço ao meu pai João Carlos, que é meu exemplo de vida, minha busca pelo melhor, meu porto seguro, juntamente com a minha mãe. Agradeço por depositar em mim toda a sua confiança, mesmo com todos os meus erros, agradeço por ser minha certeza na vida, por ter você na minha vida.

Agradeço a minha irmã Lara que é minha vida, pedaço dos meus pais que vou carregar comigo, irmã de sangue, irmã de alma, irmã da vida. Agradeço por ser minha calma, por ser minha paciência nos meus momentos de desespero, por ser meu ouvido, por ter sua presença sempre, por me amar e me aceitar como eu sou. Agradeço por ser minha digitadora deste trabalho, por querer sempre me ajudar, por ser a irmã que todos queriam ter e Deus me deu o presente de te ter comigo, minha caçula.

Agradeço à minha prima-irmã Lorena que caminhou lado a lado comigo no decorrer do curso, que foi minha companheira de faculdade, de trabalho, de família, pela convivência 24 horas por dia de verdade, que foi, juntamente com a Lara, as irmãs excepcionais, minhas companheiras. Agradeço por dar som ao meu silêncio, por me proporcionar as melhores gargalhadas que alguém poderia ter e por me fazer enxergar que é preciso correr atrás do que se quer sempre.

Agradeço às minhas primas Paola e Lísya que foram compreensivas e me deram o total apoio na produção deste trabalho, que me fizeram rir nos meus momentos de angústia.

Agradeço, do fundo do meu coração a minha tia Rosely que me proporcionou o primeiro contato com este curso, que me influenciou muito na escolha deste, que foi a melhor dinda e, aonde quer que esteja levo-a comigo, me protegendo e me guiando nesta longa caminhada que inicio agora, a qual ela foi exemplar, brilhante e educadora da vida.

Agradeço a minha avó Yvonne que, acima de tudo foi avó, foi vida, foi exemplo de força, foi a educação do dia-a-dia, que foi meu acalanto. Agradeço pelas lembranças, pelos

afagos, pelas travessuras e pelas experiências enriquecedoras, pela oportunidade de tê-la comigo no dia-a-dia, que foi, e é exemplo primordial pra mim, que estará comigo aonde eu precisar.

Agradeço aos amigos que entenderam e compreenderam a minha ausência durante o desenvolvimento deste trabalho. Agradeço principalmente às minhas amigas Camilla, Juliana, Larissa, Luciana e Taís, que mesmo de longe ou de perto me deram forças para a conclusão do trabalho, com seus telefonemas, e-mails, conversas e carinhos.

Agradeço, imensamente a professora Viviane Neves Legnani que abraçou a ideia do trabalho e que me proporcionou o olhar para o outro, o buscar dentro de si as diversas reflexões proporcionadas neste trabalho, aonde pude concretizar o meu curso. Agradeço também toda a paciência e confiança durante o desenvolvimento deste trabalho

Agradeço aos professores da Universidade de Brasília que me mostraram a gama de possibilidades que a pedagogia tem, por mostrar o empenho e amor que tem pela profissão, que puderam passar um pouco deste amor e admiração para mim. Não posso deixar de agradecer também aos professores que fizeram parte da pesquisa deste trabalho que me propuseram este grande passo em minha trajetória como pedagoga.

PEREIRA, Josy Borges Gullo Ramos: **A concepção dos professores sobre a medicalização do ensino e a manipulação de fármacos em alunos com TDA/H** Brasília, DF, Universidade de Brasília/FE- Faculdade de Educação (Trabalho de Conclusão de Curso), 2012.

### **RESUMO**

O presente trabalho teve como objetivo discutir o processo de medicalização dentro do ambiente escolar. Para tal discussão, nosso foco de análise foi o TDA/H e os desdobramentos da prescrição dos fármacos para crianças com esse diagnóstico médico. No mundo atual, a inserção da medicalização no ambiente escolar é mais um elemento do parâmetro biologizante que reverbera hoje na sociedade. Nesse contexto, inserem-se as dificuldades de aprendizagem como um problema orgânico, localizado em um funcionamento disfuncional no aparato cerebral. A pesquisa, de caráter qualitativo, foi realizada em duas escolas do DF, nas quais aplicamos uma entrevista semiestruturada no corpo docente e em orientadoras educacionais. A análise dos dados articulou as produções discursivas das professoras entrevistadas, juntamente com a revisão de literatura anteriormente realizada.

**Palavras-chave: medicalização, diagnóstico, TDA/H, dificuldades de aprendizagem**

## **ABSTRACT**

This study aimed to discuss the process of medicalization within the school environment. For this discussion, the focus of our analysis was the TDA / H and the ramifications of prescription drugs for children with this medical diagnosis. In today's world, the insertion of medicalization in the school environment is another element of the parameter biologizing that reverberates today in society. In this context, are part of the learning difficulties as an organic problem, located in a run in the apparatus dysfunctional brain. The research, qualitative, was conducted in two schools in the DF, in which we apply a semi-structured interview the faculty and educational guidelines. Data analysis articulated the discursive productions of the teachers interviewed, along with the literature review carried out earlier.

**Keywords: medicalization, diagnosis, ADD / H, learning difficulties**

## SUMÁRIO

MEMORIAL EDUCATIVO .....	1
ESTUDO REALIZADO .....	7
1. Introdução .....	7
Justificativa.....	7
2. Objetivos.....	9
a. Objetivo Geral: .....	9
b. Objetivos específicos:.....	9
1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
1.1 O TDA/H e sua definição a partir do discurso médico. ....	10
1.2 O TDA/H e seu histórico. ....	12
1.3 As controvérsias sobre a etiologia do TDA/H.....	14
1.4 O diagnóstico de TDA/H e o alívio causado pela biologização. ....	15
2. A patologização do processo de ensino-aprendizagem .....	17
3. METODOLOGIA .....	21
3.1 Pressupostos da pesquisa .....	21
3.2 Os procedimentos e os sujeitos do estudo.....	22
3.3 Resultados e discussão.....	22
3.3.1 A banalização do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar: as suspeitas e a mídia como fonte de informação.....	22
3.3.2 A medicalização nas escolas.....	23
3.3.3 Ritalina: a pílula “mágica” e seus efeitos “zumbi like” e de “apagamento” do sujeito 24	
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS.....	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	29
APÊNDICES .....	31







## MEMORIAL EDUCATIVO

Durante o transcorrer da minha vida eu adquiri muitas lembranças que me remetem ao meu processo educativo, tanto o ocorrido no cenário escolar, como o transcorrido no âmbito familiar, o qual merece muito destaque na composição deste memorial.

Eu nasci em 1990, na cidade do Rio de Janeiro, onde eu passei os meus anos iniciais de vida, até os meus três anos e quatro meses. Minha família toda é natural do Rio de Janeiro, então desde pequena tenho passagens importantes da minha vida nesta cidade, almoços de família, grande por sinal, na casa dos avós, idas à praia com o carro abarrotado de crianças, brincadeiras com os primos na casa de férias em Sepetiba, mais tarde Piratininga, distrito do Rio de Janeiro.

As memórias são tantas, tão prazerosas e vivas em minha memória e no meu dia-a-dia, as quais compõem a minha rotina em atitudes que eu tomo para vida como as melhores, graças a minha vivência familiar. Minhas avós me ensinando a costurar roupas de boneca, ou a fazer ponto cruz e crochê, atividades em que a concentração e a tranquilidade eram atitudes difíceis de instituírem em meu comportamento, mas que me ajudaram muito e me ajudam até hoje. Meu avô me ensinando algumas palavras em italiano, sua paciência com as netas, uma grande virtude que eu me deparo pensando por diversas vezes.

E quem consegue esquecer-se de uma madrinha maravilhosa, que tinha energia e criatividade para dar e vender e que me dava puxões e mais puxões de orelha quando eu não prestava atenção em algo, ou quando a letra redondinha virava um eterno garrancho sem pé nem cabeça.

Como não se lembrar dos momentos de leitura com a minha mãe, onde sempre surgiam dúvidas de palavras, ou de como eu iria ler essa palavra e ela sem nem pestanejar tinha tudo na ponta da língua, desde o significado da palavra mais simples, até as resposta dos incansáveis porquês que me cercavam e me cercam até hoje! As incansáveis tardes ouvindo as melhores músicas que alguém poderia ter, se deliciar com as músicas de Toquinho e Vinícius, Elis Regina, Gonzaguinha, Lulu Santos, Tim Maia, quem diria Cazusa, para alguém de quatro, cinco anos, poderia ser uma afronte, mas para mim era o mais natural possível, onde eu ria naturalmente das canções, sem nem se quer entender muito bem, mas sabia que me faziam bem.

Os passeios pela praia com o meu pai, mostrando tatuís, me ensinando a furar a onde, as incansáveis tardes andando de bicicleta, as inúmeras fotos tiradas por ele, as quais eu, hoje em dia, tenho o maior orgulho e saudosismo.

Estas e outras lembranças constituíram a minha infância, onde eu aprendia o que era certo ou errado, a respeitar os mais velhos, a dizer obrigado e por favor, sempre que necessário. Ensinaamentos como estes que se diluíam entre o amor familiar, e hoje em dia vejo que estão presentes em mim, impressos no meu modo de olhar o mundo e respeitar o outro.

Juntamente com a educação familiar, a de berço, fui para a creche, com um ano e quatro meses de idade, lá eu estudei até me mudar do Rio de Janeiro. Eu era pequena, mas as lembranças daquele lugar são bem fortes em minha memória. Me lembro de uma sala, que parecia enorme para mim, cheia de espelhos e almofadas, também me lembro de minha mãe, trabalhando na escola, das fugidas que ela dava para me ver tomar banho de mangueira, o qual era sempre bem-vindo no calor da cidade do Rio de Janeiro.

Agora a minha maior lembrança era de um amigo, Felipe, que eu tinha, ao qual, pelos motivos dele, sempre me mordía. Minha mãe fala que não tinha uma semana que não levava uma mordida, mas mesmo assim não nos desgrudávamos.

Em 1994 meu pai, que é militar, pediu transferência para Brasília, onde eu fiquei até 2001. Cheguei em Brasília e entrei no jardim I, na escola Anjo da Guarda. No ano seguinte fui para o colégio JK.

Quando cheguei no colégio JK fui para o jardim II, mas fiquei lá por pouco tempo, pois apareceu a possibilidade de “pular a turma” e ir para a alfabetização, assim fui adiantada seis meses.

Minha mãe conta que enquanto eu estava no jardim II, “não dava sossego” para a professora, ela dizia que eu terminava as tarefas primeiro e que se os colegas não terminassem a tempo pedia para fazer as tarefas deles também. Com isso a professora me passava vários trabalhinho para me ocupar, tanto que a minha pasta de artes era bem mais “recheada” que os dos meus colegas.

Fui para a o jardim III da tia Regina, uma mulher maravilhosa, com uma energia inesgotável. Era, literalmente apaixonada por ela, escrevia cartas e mais cartas e todo dia

chegava com flores que catava no meu do caminho com meu avô. Depois fui para a 1ª série com a tia Ildeni, me lembro que minha curiosidade por estar na sala dela era muito grande, porque no ano anterior minha prima tinha sido da sala dela e ela falava que muitas vezes a tia Ildeni era muito chata. Como seria pra mim, sair da turma da tia Regina para a turma da tia Ildeni?

Me lembro que os primeiros dias de aulas fiquei bem aflita, queria saber como seria ser da sala desta professora. Com o passar dos meses vi que a tia Ildeni não era lá essa bruxa que falavam, mas que quando era preciso, ela chamava a atenção, aí se não obedecesse. Mas fui percebendo que tia Ildeni era uma mulher maravilhosa, que me ensinou a escrever de letra cursiva, como eu queria aprender a escrever de letra cursiva, achava tão linda. Escrevia cartas e cartas com letra cursiva, era pra professora, era para o meu pai, para a minha mãe, para meus tios do Rio, sempre escrevia.

Paralelamente, minha professora, notava que tinha muita dificuldade em me concentrar em uma atividade só, minha mãe também diz que eu via uma mosca, ouvia um barulho, logo parava tudo para prestar atenção, falava também que aprendi a ler e escrever em pé, porque não queria sentar na cadeira, ou com as pernas cruzadas, ou pulando. Eu não conseguia copiar tudo do quadro, porque conversava o tempo todo, queria sair para beber água o tempo todo, falava alto demais, como diz minha mãe tudo era demais.

Foi aí que a escola chamou meus pais para uma conversa e relatou que eu estava desmotivada na sala de aula, por eu terminar as tarefas primeiro, por eu ter uma grande energia, onde eu não parava quieta um minuto, conversava bastante e tinha uma grande dificuldade em me concentrar em uma tarefa, por isso terminava a minha rapidamente para ir ajudar meus colegas. Ela também relatou que eu tinha um raciocínio muito rápido, mesmo tendo dificuldade em me concentrar em determinados momentos, demonstrando impulsividade e reações de ímpeto muitas vezes.

Foi aí que surgiu os primeiros rumores que eu tivesse uma hiperatividade, um déficit de atenção não era o caso, mas sim um acúmulo de energia muito grande, aonde eu não parava um minuto se quer, queria fazer tudo que tinha direito e agir de forma impulsiva. Foi aí que a escola, alertou meus pais sobre essa hiperatividade e que um acompanhamento com uma psicóloga seria uma boa maneira de amenizar e canalizar esta hiperatividade em outras

atividades, mas que a manipulação da Ritalina poderia, e muito, ajudar na minha falta de concentração e excesso de energia.

Meus pais não concordaram com a prescrição do remédio para mim, primeiro porque me acharam muito nova para tomar uma medicação contínua, além de não saberem de fato o que ela melhoraria, ou até mesmo prejudicaria o meu andamento na escola, até mesmo no convívio familiar e entre amigos. Minha mãe sempre brincou dizendo que ela e meu pai que precisavam ter mais energia pra me acompanhar, não o contrário.

Durante algumas conversas com minha mãe, quando eu já estava maior e queria saber porque eu não tomei o remédio, minha mãe me disse que a escola por outras vezes os chamaram para um total convencimento deles sobre o uso da Ritalina, mas meus pais foram categóricos em reafirmar que essa possibilidade não passava pela cabeça deles e que procurariam um acompanhamento para mim que não fizesse uso do medicamento. Foi então que eles encontraram a tia Estael, minha psicóloga.

Comecei meu acompanhamento com a psicóloga aos sete anos de idade. Eu não me recordo de que maneira meus pais introduziram esta ideia, mas me lembro que adorava ir para lá. Conversávamos horas e horas, brincávamos bastante, me lembro de ter que montar diversos quebra-cabeças, que no começo desistia logo, mas tia Estael sempre reafirmava que eu conseguia, que eu tinha que dar tempo para que tudo fosse resolvido, que muitas vezes eu tinha que esperar, que todos tinham a sua vez, mas que nem sempre seria a minha.

Mesmo com os alertas dela sobre questões comportamentais, Estael sempre afirmava categoricamente que eu era uma menina maravilhosa, do meu jeito espontâneo, intenso e criativo de me portar. Ela dizia que eu tinha que dar o melhor de mim sempre, me esforçar ao máximo, mas sempre lembrando que eu tinha que olhar ao meu redor também, que existiam outras pessoas ao meu lado, que eu precisa respeitá-las, mas que elas também precisam me respeitar e admirar as inúmeras qualidades que eu tinha.

Outra coisa que eu lembro bastante são os desenhos que fazíamos, desenhávamos juntas, algumas vezes separadas e no fim tínhamos que contar nossos desenhos, porque cada uma tinha feito este desenho, eram tardes muito agradáveis. Me recordo também de meus pais sempre perguntarem para mim sobre o que eu tinha achado da tarde que eu tinha passado com a tia Estael, também me recordo desta ir ao meu colégio, conversar com minhas professoras e

logo depois no nosso encontro ela fazer perguntas que sempre me levavam a contar o que tinha acontecido na escola, como eu não ter terminado de copiar o quadro, ter brigado com o colega, ter esquecido o dever de casa, ou até mesmo querer competir com os outros colegas na hora da rodinha e ser chamada a atenção pela professora por causa deste meu comportamento.

Juntamente com a psicóloga comecei a fazer atividades físicas, com a natação, cheguei a fazer este esporte cinco vezes por semana, era algo que eu gostava muito, cheguei a competir algumas vezes, que me proporcionou algumas noções de disciplina, de esperar o meu momento de ajudar, de participar, de dar o melhor de mim sempre, porque eu competia coletivo e individualmente.

Agora eu vejo que isto foi muito importante para mim, com relação aos estigmas que eu tinha na escola de bagunceira, de impulsiva, de não conseguir me concentrar. A natação foi muito importante para provar pra mim que eu tinha estes percalços, mas por ser uma atividade prazerosa, eu dava o melhor de mim sempre. O meu acompanhamento durou dois anos, vejo que foi um momento muito bom para mim, até mesmo como uma forma de aceitação minha.

Anos passados meu pai foi transferido para uma cidade chamada Tefé, no estado do Amazonas, em 2002, estava com doze anos e ingressei no Colégio Militar de Manaus, mas na modalidade à distância, passei um ano estudando em casa com meus pais. Para mim foi um momento bastante complicado, pois não conseguia passar as seis horas que eu ficava em uma escola, estudando em casa. Meus pais, percebendo isso, sentaram junto comigo e montamos o meu horário de estudo. Eu estudava duas horas em cada turno, sempre com o auxílio dos meus pais. Mesmo com toda a ajuda, sentia muita falta do ambiente escolar, da vivência e das trocas que todos passam na escola.

Em 2003 o número de filhos de militares estudando nesta modalidade cresceu bastante, então os pais conseguiram um espaço em um quartel da cidade para montar uma escola para estes, muitos viraram professores de seus filhos e filhos de colegas. Foi assim que eu fiz meu 7º e 8º ano do ensino fundamental, aparentemente, algo as corridas, de difícil compreensão, mas foram dois anos maravilhosas, com vivências únicas, propiciadas pelo local, aprendi geografia, ciências e história, vendo o dia-a-dia da cidade, experimentando gostos e sons, uma experiência única, que me trouxe lembranças muito boas.

Em 2004 regressei para Brasília e fui estudar no Colégio Militar daqui. No princípio era relutante com a ideia de estudar no colégio, não queria ir para lá de jeito nenhum, achava que ia estudar em um quartel, vivenciar um grau elevado de rigidez, porque mesmo estudando no de Manaus à distância, as experiências de um Colégio Militar, sua instituição física, são bem diferentes.

De uma hora para outra, passei a estudar em um ano com 17 turmas de 9º ano, eram turmas com trinta, trinta e cinco alunos, um mundo de alunos de um ano só. Sem contar nas tradições do colégio, marchar, desfilar sete de setembro, participar de grêmios, um turbilhão de emoções que te chocam, mas que logo em seguida te apaixonam.

Eu fiz o final no ensino fundamental no Colégio Militar e todo o meu ensino médio, foram anos maravilhosos, que não saem da minha cabeça. Aprendi a ter muitas responsabilidades e lutar pelo que eu queria, passar na Universidade de Brasília. O ensino era bastante puxado, no início, apresentei algumas dificuldades, sobre matérias e o volume destas, aprendia que não adiantava fazer tudo de última hora. Também tive professores maravilhosos que estiveram comigo por anos e foram super compreensivos quando as dúvidas apareciam, quando as brincadeiras surgiam, este vínculo criado foi tão bom durante os anos de estudo, eles depositavam uma confiança enorme.

As lembranças também chegam as Olimpíadas do Colégio, dos desfiles militares, os quais éramos “convidados” a participar e acordar às quatro horas da manhã, mas que eram conduzidos, com festejos mil, as semanas de provas que tiravam noite e noites de sono, os estudos em grupos, só pincelam um pouco da linda aquarela que foi estudar neste colégio de velhas tradições, mas que por trás dos seus portões acolhe de maneira prazerosa e única seus alunos e mais, que deixam saudade em qualquer um que estudou lá por algum momento.

Durante o Ensino Médio fiz a primeira e a segunda etapa do PAS da Universidade de Brasília, com o intuito de entrar nesta para fazer pedagogia, já que minha madrinha era pedagoga e eu vivia na escola, achava um local com uma energia muito boa, sempre movimentado, com muitas risadas pelos corredores, além do que é uma profissão gratificante, aonde você está em contato com o novo sempre, porque você tem sempre um aluno novo, sempre uma maneira nova de ensinar e ser ensinado.

## ESTUDO REALIZADO

### 1. Introdução

Ao longo do curso de pedagogia houve levantamentos de diversos temas pertinentes e relevantes para a nossa construção acadêmica, mas a motivação para a construção deste trabalho se deu a partir da vivência da matéria Enfoques Psicopedagógicos das Dificuldades de Aprendizagem, aonde eu pude de fato me familiarizar com o tema a partir da temática proposta pela disciplina, aonde estudamos diversos autores da psicologia e debruçamos sobre eles para a construção de um trabalho final, aliando a teoria e a prática.

Além do contato com a disciplina a opção pelo tema medicalização veio também pela minha experiência de vida, onde em diversas ocasiões na infância fui colocada em enfoque, devido ao meu comportamento, onde este era visto como impertinente em determinadas ocasiões, ocasionando assim uma busca, por parte dos educadores em controlar este comportamento, me impondo um rótulo de TDA/H, além de levantarem a questão de um possível acompanhamento medicamentoso.

A partir de uma experiência pessoal, mais a uma intensa convivência com crianças que são vistas como “trabalhosas”, “inquietas”, as quais recebem rótulos e estigmas ao tempo todo, principalmente pelos seus professores, mais uma equipe de atuantes da área de saúde que, cada vez mais tomam conta do universo escolar, regulam o que é aceitável e não-aceitável em um comportamento, e os desdobramentos que estes podem acarretar no processo de ensino-aprendizagem, me mobilizei e me identifiquei com esta temática.

O trabalho busca compreender melhor a concepção dos professores sobre como estes vêem o processo de medicalização no ensino, a invasão de médicos no universo escolar e, em muitos casos, a aceitação por parte dos educadores desta invasão, tendo como exemplo deste processo medicalizante a maneira como os alunos ditos com TDA/H são vistos pelos professores e como os próprios vêem a manipulação de remédio na obtenção de uma melhora comportamental de crianças rotuladas com o transtorno.

#### *Justificativa*

Durante o curso de pedagogia me chamou atenção a elevado número de pessoas que se diziam portadoras de transtorno ou algum tipo de doença, os quais os impossibilitavam de seguir sozinhos os processos da vida cotidiana. No decorrer do curso a possibilidade de relacionar informações sobre estes transtornos e diagnósticos com a prática me fez refletir de que maneira este imbricam na vida dos educandos, principalmente quais efeitos subjacentes

estes diagnósticos podem trazer para a vida destes alunos. Assim o meu trabalho monográfico tem como intuito tentar explicitar de que forma o processo de medicalização escolar é visto pelos professores.

A grande difusão tanto pela mídia como no discurso de profissionais de educação sobre transtornos e doenças que, supostamente relacionam-se com o desempenho escolar dos educando me despertou muito interesse, principalmente porque na minha infância foram levantadas hipóteses sobre o meu desempenho escolar e a ligação deste com um suposto Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Este despertar, porém não compreendia de fato a proporção e a força que estes transtornos e diagnósticos destes têm no contexto escolar. Após iniciar o trabalho que eu pude perceber que a medicalização escolar é uma questão relativamente preocupante nos dias de hoje e que acarreta consequências, fortemente prejudiciais, no processo educativo, precisando assim de intervenções, principalmente de ordem pedagógica.

Desta maneira acredito que seja imprescindível buscar esforços que impeçam equívocos e práticas sem fundamento que acarretam em prejuízos ao processo de ensino-aprendizagem dos educandos, com ênfase no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, já que este é bastante evidenciado pela mídia e pelos próprios atores sociais da escola como o transtorno com maior crescente nos dias de hoje, aonde os números podem ser comparados com os de uma epidemia.

Além disso, foi proposta uma análise sobre o tratamento apoiado pelos professores para o suposto transtorno, aonde os psicofármacos ganham cada vez mais força, ocasionando uma onda de manipulação destes em crianças, que, futuramente, irão obter prejuízos tanto de ordem biológica como social, pois acabam associando a manipulação destes para um resultado satisfatório, esperado pelos outros.

Antes de começar a pesquisa sobre a propagação da medicalização no contexto escolar, enfatizando o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, mais a importância que os professores atribuem ao psicofármacos no tratamento deste suposto transtorno surgiram questionamentos do tipo: Os professores têm ciência da existência da medicalização na escola? Qual é o posicionamento tomado por eles diante desta invasão ocasionados por eles mesmos no cotidiano escolar? O posicionamento dos professores reflete no ensino-aprendizagem dos seus alunos? Os medicamentos a base de metilfenidato são vistos de que maneira pelos professores?

Partindo destes questionamentos, pude delimitar os objetivos, geral e específico, que irão ser galgados no fim do trabalho monográfico.

## **2. Objetivos**

### **a. Objetivo Geral:**

Identificar a influência do processo de medicalização escolar nos professores, dando ênfase na gama de diagnósticos de TDA/H que emergem todos os dias em crianças.

### **b. Objetivos específicos:**

1. Identificar o conhecimento de professoras sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.
2. Identificar a postura destes profissionais frente aos alunos com o suposto transtorno.
3. Investigar se o corpo profissional obtém um possível conhecimento sobre a medicalização escolar, caso tivessem, qual postura tinham diante deste processo.

Identificar a importância que os professores dão à manipulação da medicação em alunos com o diagnóstico.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 O TDA/H e sua definição a partir do discurso médico.

O discurso médico ainda pauta-se na visão de que o corpo é uma máquina que recebe comandos do cérebro e, quando surgem alguns “defeitos” nessa engrenagem, o clínico tem o papel de “conserta-la”. Dentro dessa lógica, o quadro Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, conhecido como TDA/H, é delimitado a partir da tríade dos seguintes sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Seria, portanto, uma “doença” localizada no aparato cerebral, passível de ser diagnosticada a partir dos sete anos de idade, podendo acompanhar ou não o indivíduo nos outros estágios subsequentes da vida.

Trata-se de um diagnóstico com evidente prestígio na atualidade e embora seja considerado como uma ‘verdade’ científica, as evidências conclusivas em torno dessa “doença” são pouco substanciais e continuam incertas (MESQUITA, 2009, p.12). Isto é, os critérios diagnósticos apresentam fragilidades e ainda não existe, de fato, um exame neurológico que comprove a existência do distúrbio. Também existem contradições sobre a real etiologia dessa problemática.

Pela Classificação Internacional da Doença, CID-10, o TDA/H está inserido nos chamados Transtornos Hiper-cinéticos, onde recebe a classificação F90.0, Distúrbios da Atividade e da Atenção, mas é a nomenclatura de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade a mais aceita por ter sido difundida pelo Manual diagnóstico e estatístico de desordens mentais (DSM-IV). Este manual é oriundo da Associação Psiquiátrica Americana e, para o TDA/H, englobou os sintomas de outras antigas nomenclaturas, principalmente a que utilizada até a década de 80, que era a Disfunção Cerebral Mínima.

Legnani e Almeida (2008) resumem esse embasamento médico teórico-clínico da seguinte forma:

- a) a disfunção básica do TDA/H acomete os campos da atenção e concentração. Para efeito de diagnóstico, esta característica deve comparecer desde os primeiros anos de vida da criança e seria esta disfunção que acarretaria os outros comportamentos disfuncionais, como por exemplo, a dificuldade para se organizar, para seguir regras e instruções, como também dificuldades escolares.
- b) a hiperatividade propriamente dita não apareceria em todos os casos e caracterizar-se-ia por uma movimentação corporal incessante, trazendo dificuldades para a criança realizar quaisquer tarefas que demandassem poucos movimentos corporais;

- c) por fim, a impulsividade, que se apresentaria, também, só em alguns casos e que se traduziria na incapacidade de a criança responder às demandas do outro e do ambiente de forma pertinente, seja pela dificuldade de estabelecer uma comunicação dialógica efetiva seja por meio de comportamentos que demonstrariam dificuldades na esfera do cumprimento de regras e normas. (op. cit. p. 06-07)

A partir das características expostas fica claro que a questão central para a atual descrição de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade seria uma “disfunção basilar na organização do foco de atenção aos estímulos do ambiente” (op. cit. p. 07).

No entanto, as autoras enfatizam que essa delimitação e os critérios operacionais para o diagnóstico não foram suficientes para esconder a fragilidade científica que reside por detrás da sigla TDA/H, a qual tem gerado uma gama significativa de pesquisas. Esta ausência de consenso tanto provém “das desigualdades metodológicas dos estudos” (GOLFETO & BARBOSA, 2003, p.15-16 *apud* MESQUITA, 2009, p.22), como das dúvidas em torno da procedência do TDA/H, ou seja sua etiologia, sobre a qual, como já foi mencionado, ainda se levantam variadas hipóteses.

De qualquer forma, hoje em dia, o TDA/H é um dos transtornos da infância mais conhecidos e com maior alcance na sociedade. Tornando-se impressionante o número de encaminhamentos para especialista de crianças com este suposto problema, principalmente advindos dos contextos escolares. A explicação para essa difusão reside no fato de que a mídia, ao expor as características do TDA/H, focaliza o problema de forma superficial, produzindo com isso um excesso de demanda de tratamento. Desse modo, tal diagnóstico passou a estigmatizar até mesmo crianças que apresentam as referidas características sintomatológicas sem uma frequência que caracterize de fato uma suspeita. Lima (2005, p.73 *apud* MESQUITA, 2009, p.21) afirma que:

Esses discursos, que se repetem estereotipadamente na literatura destinada a especialistas, a educadores e à mídia, tentam afirmar o TDAH como entidade nosológica e neurológica merecedora de tratamento. Eles surgem como se a descrição médica fosse neutra e a única a merecer o estatuto de verdade científica.

Rohde e Halpern (2004, p.64) adeptos do discurso médico, mas cientes do excesso de diagnósticos de TDA/H na atualidade, asseguram que quando realizada a devida contextualização dos possíveis sintomas com o dia-a-dia da criança, juntamente com a impressão destes sintomas de maneira sucessiva, começam a aparecer as devidas assertivas ao redor de questões como: duração, frequência, persistência prejuízo clínico para o conviver desta criança.

Com relação à duração, é preciso que as crianças tragam em sua vida um quadro sintomático que se perpetuou durante todo o período escolar, ou pelo menos por um bom tempo, de maneira veemente. A frequência deve estar intimamente ligada a existência de pelo menos seis sintomas relacionados às características principais do transtorno, as quais também precisam estar frequentemente na vida da criança e a persistência dos sintomas precisa ser sentida em diversos ambientes que fazem parte do dia-a-dia da criança.

Outra pista crucial para a existência ou não do TDA/H é até que ponto essas características trazem um prejuízo para a vida da criança, se a possível impulsividade ou déficit de atenção, concentração afetam sua vida e suas relações pessoais. Segundo esses autores o que se deve analisar é uma linha tênue que irá separar questões que podem “traduzir muito mais estilos de funcionamento ou temperamento do que um transtorno psiquiátrico” (op. cit. p.64).

As questões que aqui apontamos nessa introdução serão discutidas mais detalhadamente a seguir.

### **1.2 O TDA/H e seu histórico.**

As primeiras descrições sobre hiperatividade são datadas do século XVII, mas foi ano de 1902 que se começou a estudar mais profundamente esse problema. Neste ano, um pediatra inglês, Geroge Fredick Still, elaborou a primeira descrição sobre o distúrbio e o nomeou como “Defeito na conduta moral”.

Para este pediatra tratava-se de crianças “indisciplinadas, agressivas, inquietas, impulsivas desatentas e voluntariosas.” (LIMA, 2005 *apud* MESQUITA, 2009, p. 23) e haveria uma relação entre estes comportamento e a herança genética. A partir deste estudo, o aspecto hereditário virou uma peça chave para explicar a etiologia o TDA/H e até hoje existem diversos estudos que canalizam os seus objetivos nesta óptica.

Em 1937 realizou-se um estudo sob a coordenação de Charles Brandley, que prescreveu medicamentos estimulantes para crianças que tinham algum distúrbio emocional, renunciando o que viria a ser, até hoje, o tratamento preconizado para o TDA/H. Também nessa década, criou-se uma nova categoria para enquadrar os comportamentos de inquietação, desatenção e impaciência, os quais foram inseridos na nomenclatura de Lesão Cerebral Mínima, proposta por Strauss e Lehtinem.

Esta nomenclatura foi modificada em 1962 para Disfunção Cerebral Mínima, já que não havia, de fato, uma comprovação da existência de uma contusão ou moléstia que comprovassem uma lesão, sendo assim ficou decidido que o termo utilizado anteriormente entraria em desuso, já que, na verdade, o comprometimento citado encaixaria melhor em uma possível perturbação no funcionamento cerebral da criança.

No entanto, o termo Disfunção Cerebral Mínima, carregava consigo imprecisões, já que a criança diagnosticada tinha a preservada sua inteligência, mas, ao mesmo tempo, apresentava distúrbios de aprendizagem, precedidos ou não por distúrbios de comportamento. Assim, a terminologia DCM ficou associada a possíveis desvios relacionados ao desempenho do sistema nervoso central, os quais apareciam na forma “de déficits de percepção, conceituação, linguagem, memória e do controle da atenção, impulsos o da função motora.” (MESQUITA, 2009, p. 24). Estes déficits explicariam o desempenho da criança na escola, pois acarretariam as dificuldades de aprendizagem.

A partir daí começa-se a olhar a DCM sob dois pontos de vista, o neurológico e o escolar. Desse modo, a neurologia adentra-se no campo escolar, ou seja, o neurologista passa a ser figura representativa na escola, intercedendo nos problemas que abarcavam os déficits supracitados, especificando-os como perturbações relacionadas à operações nervosas superiores, que necessitavam de respaldo médico.

Como já explicitamos, nas três últimas décadas do século XX e a primeira década do século XXI, o número de crianças que têm sido diagnosticadas com TDA/H aumentou de forma vertiginosa e isto tem uma explicação histórica, social e econômica.

Segundo Werner (1997), a emergência desse diagnóstico nos anos 60 teve uma razão histórica, surgindo como resposta a uma demanda social decorrente do fato de a classe média americana estar inconformada com o inexplicável fracasso de seus filhos na escola. Ao reclamarem das escolas uma solução, estas responderam com a criação de uma categoria médica para explicar o fracasso escolar da classe média americana.

A sociedade americana passava por um período de conturbadas transformações sociais. Assim os distúrbios de aprendizagem eram vistos como uma maneira das instituições de ensino de explicarem, de maneira escamoteada, para os pais o insucesso escolar dos seus filhos, sem precisar levar em consideração as verdadeiras questões que estavam inseridas no

problema. Assim, muitas crianças foram rotuladas como portadoras de um distúrbio de aprendizagem, que resultava dos supostos déficits, e as escolas se isentaram de fazer um questionamento profundo sobre as novas relações sociais, culturais e econômicas que surgiram.

As décadas de 60 e 70 foram profícuas em estudos e expansão de trabalhos clínicos sobre o quadro de hiperatividade e datam os primórdios do fenômeno de “biologização da sociedade” que se tornou cada vez mais ampliada. Uma vez que, hoje, é recorrente na sociedade justificar as dificuldades e o sofrimento dos sujeitos decorrentes de impasses subjetivos, sociais, culturais e econômicos como simplesmente causados por possíveis disfunções biológicas.

No caso do TDA/H, é importante salientar que um grande mercado de trabalho foi criado a partir deste diagnóstico em que profissionais médicos e demais especialistas adquiriram uma clientela bem fidedigna de classe média que buscava e ainda busca, de qualquer maneira, uma justificativa para o dito fracasso escolar que seus filhos.

### **1.3 As controvérsias sobre a etiologia do TDA/H.**

Como já mencionado, a verdadeira causa do TDA/H ainda não foi confirmada e não se conhece a real origem do transtorno. Existem diversas hipóteses e pesquisas sobre a origem do transtorno, mas estas não se consolidaram em nenhum campo. Ou seja, apesar das melhorias tecnológicas como a neuroimagem, entre outras, ainda não se sabe, de fato, o que causaria a sintomatologia do TDA/H.

Estudiosos da área médica acreditam na existência de associações efetivas entre “adversidades psicossociais (discórdia marital severa, classe social baixa, família muito numerosa, criminalidade dos pais, psicopatologia e colocação em lar adotivo) e o TDA/H” (ROHDE, HALPERN, 2004, p. 62). Porém, o transtorno é sempre colocado como tendo por detrás um determinante biológico, sendo as questões psicossociais como propulsoras e/ou mantenedoras do transtorno.

A partir disso, tornaram-se relevantes os estudos realizados com crianças adotadas e com gêmeos, tanto idênticos como fraternos. Pesquisadores acreditam que as crianças que passaram pelo processo de adoção e apresentam o quadro do transtorno possam ter passado por experiências uterinas, e/ou nos primeiros momentos após o nascimento que

desencadearam possíveis características que constituem distúrbios psiquiátricos, ou seja, a premissa é que um quadro genético poderia desencadear o TDA/H, a partir da junção de fatores ambientais desfavoráveis.

Mesquita (2009), diz que, na atualidade, a perspectiva genética pode ser vista da seguinte maneira:

É pouco provável que exista o ‘gene do TDAH’, sendo a maioria dos estudos voltada para a crença de que vários genes sejam responsáveis pela vulnerabilidade genética ao transtorno, somados a diferentes agentes ambientais. A grande variedade de formas clínicas e de sintomatologia do TDAH é aqui justificada pela hipótese de haver diversos ‘subfenótipos’ incluídos nessa categoria diagnóstica. (LIMA, 2005; ROMAN et al, 2003 *apud* MESQUITA, 2009)

Além dessas hipóteses, outras suposições continuam a pulular e existem levantamentos sobre a exposição ao chumbo, fatores alergênicos relacionados à ingestão de possíveis substâncias componentes em alimentos, onde os efeitos de salicítricos e de fosfatos remetem a uma possível relação com o TDA/H.

O que se percebe, em síntese, é a busca por respostas do cunho etiológico a partir da soma dos pressupostos orgânicos, neurológicos com as premissas psicológicas/ambientais como mantenedoras do distúrbio. O que é preocupante é o fato dos profissionais médicos e pesquisadores ignorarem como pontuam Legnani e Almeida (2008, p. 7) que tanto a etiologia do TDA/H, como os critérios para o diagnóstico do transtorno e ainda a utilização de uma terapia medicamentosa ancoram-se em vias frágeis, sendo que este “esquecimento” perpetua o discurso médico cartesiano, onde o médico ainda busca os “defeitos” no paciente para adequá-lo à ordem vigente.

“Portanto, temos aqui o exemplo de um discurso médico que ‘pré-conceitua’ e se isenta de uma avaliação crítica por estar ancorado em ‘verdades’ e certezas, as quais, com frequência, são despidas de evidências empíricas, repletas de contradições e frágeis do ponto de vista científico.” (COLLARES; MOYSÉS, 1992 *apud* LEGNANI, ALMEIDA, 2004)

#### **1.4 O diagnóstico de TDA/H e o alívio causado pela biologização.**

A sociedade como um todo tem demonstrado um alívio ao ver todas as “dores da alma” como resultantes de desordens no funcionamento cerebral. No caso do TDA/H o diagnóstico é percebido em muitas famílias e nos ambientes escolares como “um alívio, uma solução, uma possibilidade de sucesso ou, no mínimo, como um paliativo diante de um futuro desastroso” (MESQUITA, 2009, p. 26)

Um caso bem difundido no meio acadêmico é o de Edward Halowell que após ter se inserido neste diagnóstico por um psiquiatra chegou à conclusão: “então existe um nome para o que sou” (HALOWELL, 1999, p. 09). Esta aceitação por parte da existência do diagnóstico é sentida como um bálsamo por aqueles que não eram “encaixados” nos possíveis e esperados padrões comportamentais de determinado círculo social, assim como para a sua família. Então, o diagnóstico serve como um atenuante para esse desajuste e traz consigo uma carga de aceitação do indivíduo de si próprio e no grupo social.

“Era como se tivesse tirado um grande peso de minhas costas. Eu não era todos aqueles nomes pelos quais era chamado na escola primária – “preguiçoso”, “alienado”, “tonto”, “lunático” – e também não tinha qualquer conflito inconsciente reprimido que me tornava impaciente e voltado para a ação. O que eu tinha era uma síndrome neurológica [...]. Enfim, eu tinha um nome para aquelas partes em mim, partes que eu atribuía a temperamento ou neurose. Agora, com um nome fundamentado na neurobiologia, eu podia compreender, e de alguma forma perdoar, aquelas partes de mim mesmo que tão frequentemente me deixavam frustrado ou assustado” (HALLOWELL, 1999, p. 9-10).

Também existe uma vasta literatura, relatando magicamente o efeito positivo do diagnóstico, direcionada para professores e familiares, na qual se aborda o problema como um fardo, tanto para o aluno, como para a família e, particularmente, para a escola onde o papel do professor é crucial para a melhora do quadro. No Brasil, por exemplo, temos o *best-seller* “Mentes Inquietas”, escrito pela psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva, que mostra as “maravilhas” que a aplicação efetiva desse diagnóstico e o subsequente tratamento com fármacos pode trazer para todos os envolvidos no problema.

A partir do momento que o professor adere a essa lógica ocorre a intensificação do discurso médico no ambiente escolar. Legnani e Almeida (2008) apontam que aí se perde a verdadeira possibilidade de inclusão desse aluno, na qual a criança com TDA/H teria a possibilidades de incluir-se no grupo de alunos sendo pertencente a ele e sem ter sua diferença demarcada como um transtorno médico.

É preciso salientar, entretanto, que a medicalização não é hegemônica, pois existem hoje vários estudiosos que são críticos a essa submissão dos indivíduos à normalização médica, que opera como um instrumento regulador dos sujeitos. Sobre esse fenômeno Moysés e Collares apontam que se “refere ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza” (1994, p. 25).

Porém, o que se percebe é que a própria sociedade no contexto contemporâneo por ser mais passiva e cega pela lógica competitiva do mundo do consumo, sucumbiu e criou situações propícias para a inserção desse tipo de discurso médico, no qual questões de cunho social são propositadamente ignoradas e se delega a medicina a tarefa de normatizar, legislar e vigiar a vida.” (MOYSÉS, 2001, p. 171). É neste contexto que esse campo de conhecimento entra triunfante no cenário com o propósito de normatizar a vida dos indivíduos, recomendando uma vigilância e um investimento constante em consultas médicas e medicamentos para se ter uma vida “normal” e “adaptada”.

Partindo-se deste panorama o que se percebe é que a institucionalização da medicina no papel de modeladora de indivíduos segue as transformações históricas e culturais da classe abastada, inserindo-se nos contextos políticos e, principalmente, econômicos. Cruz (2001) diz que “(...) em cada época histórica, a instituição médica “modela” as enfermidades em um complexo processo relacionado à destinação de prioridades e à política de controle social...” (CRUZ, 2001, p.233).

## **2. A patologização do processo de ensino-aprendizagem**

Sabe-se que a escola é um espaço que propicia o desenvolvimento da criança, conjuntamente com o ambiente familiar. A escola é o espaço social em que a criança irá passar boa parte de seu dia, por isso é importante que tenha neste contexto uma acolhida favorável e vivências desencadeadoras de desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo, moral e social, por meio das interações que ali são travadas no seu cotidiano.

É um espaço também para se descobrir as potencialidades de cada criança, mas, ao contrário disso tornou-se um meio para se visualizar as características e comportamentos inadequados dos alunos, o que explicaria o elevado número de diagnósticos de TDA/H. Sob essa ótica, essa “epidemia” seria causada pelo despreparo existente no sistema educacional em lidar com novas possibilidades de ensino, novas maneiras de aprendizagem e pelas dificuldades que o sistema educacional enfrenta por não está aberto às diversidades que hoje são encontradas.

Esta demanda pela medicalização está vinculada à constituição da escola moderna, onde a escolarização tem uma maior importância do que a aprendizagem efetiva. Neste contexto a escola “tem a necessidade de explicar e justificar os rendimentos diferentes de seus alunos” (MESQUITA, 2009, p. 51), sendo o fracasso escolar explicado pelo não

acompanhamento de conteúdos por parte dos alunos e por resultados inferiores nas avaliações.

Dentro desse cenário, são evidentes as conexões existentes entre o fracasso escolar e os sintomas do TDA/H. Conexões que podem colocar o desenvolvimento do aluno em risco, já que às vezes este apresenta alguns sintomas do TDA/H por passar por um problema momentâneo, comportando-se de forma indesejável, inquieta, desatenta, o que refletirá em seu desempenho escolar.

Assim, com a convicção de que busca o melhor para os alunos a escola, na verdade, não faz outra coisa a não ser se “desculpabilizar” pelo não aprender de algumas crianças ao supervalorizar as abordagens neurobiológicas e farmacológicas:

Diante do modismo do TDAH, é mais fácil rotular uma criança inquieta de “hiperativa” do que admitir que os recursos educacionais usados não estão sendo adequados aquele aluno. Seguindo esse mesmo raciocínio, é dito, ainda, que a maioria dos alunos faz parte dos “falsos hiperativos”, que são crianças que não se adaptam ao esquema escolar e que se comportam como hiperativas sem ter disfunção bioquímica. Ou seja, hiperativos construídos pela história educacional (FALCÃO, 2001, apud MESQUITA, 2009, p. 16).

Desse modo, a aprendizagem tornou-se mais um dos “campos de saber e de atuação médicos” (MOYSES, 2001, p.171) e essa soberania não é contestada pelos profissionais de educação, os quais se veem, supostamente, trabalhando em conjunto com os médicos para ajustar todos os alunos que não aprendem.

Como já dito, a legitimação da medicina para normatizar a vida social conta com a condescendência da sociedade e a educação não escapou de uma regulação do que é tido como “normal” na aprendizagem. Nesse contexto, “a aprendizagem e a não-aprendizagem sempre são relatadas como algo individual, inerente ao aluno, um elemento meio mágico, ao qual o professor não tem acesso - portanto, também não tem responsabilidade.” (COLLARES E MOYSÉS, 1994, p.26)

Como pode se perceber, a busca desta normalidade abre caminhos para uma “culpabilização” do indivíduo, onde este é o único responsável por não conseguir aprender. Assim, a escola se acalma e respaldada pela ordem econômica vigente adota a medicalização como seu baluarte, ou seja, tornou-se algo absolutamente usual pensar que as possíveis “falhas” das crianças precisam ser sanadas com medicamentos para que elas

possam obter melhores resultados escolares, melhores condições de trabalho para se inserirem da melhor forma na sociedade de consumo.

(...) parece que a única preocupação consiste em encontrar “diagnósticos que expliquem, justifiquem o não-aprender. Não se trata de buscar um diagnóstico real para uma ação efetiva no sentido de minimizá-lo, ou mesmo anulá-lo. Mas uma vez feito o “diagnóstico” cessam as preocupações e angústias (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p.29).

A partir da grande difusão de informações sobre o TDA/H os professores passaram a transitar pelo discurso da medicalização de forma superficial, mas se sentem especialistas em diagnosticar ou em encaminhar para os especialistas. Osti (2004) menciona o trabalho de Machado (1994) que discute o efeito do laudo que é sempre tão esperado pelo professores: “o efeito do laudo é cronificante, pois é idealizado por alguns professores que passam a desconsiderar a realidade social do aluno, assim como o seu próprio saber sobre ele” (OSTI, 2004, p.91).

Outra questão que não pode ser desconsiderada é que o metilfenidato (ritalina) vem ocasionando um crescimento econômico estrondoso para a indústria farmacêutica. Os tratamentos psicológicos indicados por médicos também têm crescido, os quais são normalmente as terapias comportamentais que auxiliam e agem como um procedimento contíguo ao medicamentoso, sendo importante frisar que a indicação médica para estes profissionais específicos ocorre porque eles aceitam e não questionam o discurso médico. Desse modo, por trás da medicalização e dos supostos transtornos de aprendizagem existe uma “mina de ouro”.

Uma pesquisa realizada em 2009 constatou que neste mesmo ano o Brasil consumiu mais de dois milhões de caixas deste composto, frente aos setenta mil exemplares consumidos no ano de 2000. A tentação ou alegação para se usar este composto é grande, já que o próprio alude a um melhor desempenho escolar para as crianças, maior controle e concentração nas tarefas. Por isso foi nomeada como uma “droga da obediência”.

Apesar de existir diversos estudos, como o de Mattos e Pastura, que afirmam que o “perfil de efeitos colaterais do metilfenidato é seguro, não parecendo justificar o seu uso constricto no Brasil, ante os benefícios robustos amplamente demonstrados na literatura”

(PASTURA; MATTOS, 2004, p.01), existem outros trabalhos e outras vozes que divergem deste consenso.

A própria bula da Ritalina salienta os efeitos colaterais mais comuns, como: insônia e perda de apetite, além de taquicardia, palpitação, náuseas, vômito, prurido, febre e queda de cabelo. Diante destes efeitos, é de fato normal compreender tais polêmicas sobre o uso deste estimulante, já que este tem sua demanda praticamente destinada à crianças e adolescentes, ou seja, indivíduos que estão em desenvolvimento. Sem contar que este composto contém o mesmo mecanismo de ação de drogas conhecidas, como cocaína, por ser também uma anfetamina.

Maria Aparecida Moysés, em uma entrevista para uma rede de televisão, apontou que o uso do composto traz a ocorrência do efeito *zumbi like*, ou seja, a droga teria um efeito tão dopante que causaria apatia e até letargia pelo nível de intoxicação que ocasiona, conseguindo assim, como efeito, os supostos comportamentos calmos e adequados das crianças e adolescentes.

Em síntese, o aumento do consumo de ritalina está relacionado com a efetivação de um diagnóstico frágil e também atrelado ao número exorbitante de encaminhamentos para os especialistas, advindos das escolas, pelo fato de os professores fazerem uma análise rápida, muitas vezes regidos pelo senso comum, sobre as dificuldades dos seus alunos. Esse ciclo voraz em busca de uma normalidade adaptativa acaba por gerar preconceitos e estigmas sobre as crianças que se tornam subjugadas por estes diagnósticos e “perdem” seus nomes próprios na escola, tornando-se “aqueles que têm TDA/H”.

Chega a ser melancólico constatar que em nosso contexto o respeito à diversidade e a aceitação das diferenças são “palavras de ordem”, mas o aliado do professor atualmente é um substrato farmacêutico com elevado grau de toxicidade, uma vez que para uma gama significativa de educadores um vidro de remédio dentro da mochila de seu aluno é a possibilidade de “domá-lo” para que ele possa aprender mesmo que seja de forma mecânica.

Retomar a importância de se ter uma escuta sensível ao aluno, um olhar crítico permanente sobre a sociedade, uma postura de buscar a melhor maneira de se ensinar cada criança são as possibilidades que temos para ultrapassar e superar a engrenagem da

medicalização, instaurada nas últimas décadas, e efetivarmos a inclusão nos contextos escolares.

A guisa de conclusão queremos registrar que recentemente, no ano de 2012, a Associação Brasileira de Psiquiatria lançou um manifesto criticando e depreciando as “vozes críticas” dos especialistas sobre a medicalização. Nesse documento eles reafirmam a importância do diagnóstico de TDA/H e do uso do metilfenidato para sanar os prejuízos que os sujeitos teriam com o transtorno. Na conclusão, pautam-se no cientificismo, ou seja, alardeiam que essas proposições estão embasadas em “fidedignas” pesquisas. O que eles se “esquecem” é que o pior prejuízo é aquele que afeta todos nós, causado por uma escola excludente, ávida por alunos quimicamente adaptados, heterônomos e sem capacidade crítica para pensar a sociedade em que estão inseridos.

### 3. METODOLOGIA

#### **3.1 Pressupostos da pesquisa**

Com o intuito de compreender e verificar a concepção de professores sobre o processo de medicalização escolar e a opinião destes sobre uso do metilfenidato para o Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade, foi feita uma pesquisa de caráter exploratório, tendo como instrumentos de análise uma observação de campo e uma entrevista semi-estruturada, a qual foi aplicada no corpo docente de duas escolas escolhidas aleatoriamente para a realização do trabalho.

O recorte investigativo deste trabalho buscou seus resultados através do discurso destes atores sociais para que comparássemos com a pesquisa bibliográfica anteriormente realizada. A metodologia escolhida para o trabalho tem como embasamento, os preceitos de uma pesquisa qualitativa, que “buscam visualizar o contexto e, se possível, ter uma integração com o processo objeto de estudo que implique melhor compreensão do fenômeno” (NEVES, 1996, p 02).

A pesquisa qualitativa é marcada pela interação e pela capacidade humana de interagir, sendo assim utiliza-se com frequência o instrumento da entrevista. Esse instrumento, segundo Lüdke e André (1986, p. 34), “permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos”.

### 3.2 Os procedimentos e os sujeitos do estudo.

Obedeceu-se os princípios éticos de uma pesquisa, sendo que os participantes concordaram voluntariamente em participar e foram informados sobre o propósito do estudo.

O instrumento continha dez questões e as respostas obtidas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados e transcritas *ipsis literis*, ou seja, transcritas literalmente.

No total foram realizadas dez entrevistas, com oito professoras e duas orientadoras educacionais de uma escola pública e de uma escola particular do Distrito Federal.

### 3.3 Resultados e discussão

Feita uma leitura flutuante das respostas dos entrevistados, chegamos a três categorias a partir dos temas que se mostraram recorrentes na construção das respostas:

1) A banalização do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar: as suspeitas e a mídia como fonte de informação
2) A medicalização nas escolas
3) Ritalina: a pílula “mágica” e seus efeitos “zumbi like” e de “apagamento” do sujeito

#### 3.3.1 A banalização do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade no contexto escolar: as suspeitas e a mídia como fonte de informação

O diagnóstico de TDA/H tornou-se banal nas escolas, pois os critérios propostos pelo DSM IV se misturam ao comportamento de qualquer criança. Além disso, tais critérios são amplamente veiculados pela mídia e internet, fazendo com que professores se apropriem dessa lógica diagnóstica simplificada. Após esse processo prévio, os professores levantam suspeitas sobre os alunos que apresentam alguma diferença e fazem os devidos encaminhamentos para os médicos. Depois passam a depositar todas as fichas na instauração do diagnóstico e a chegada do laudo nas escolas.

Como exemplo dessa combinação confusa entre os comportamentos infantis e o quadro de TDA/H temos a fala de uma entrevistada em que a indisciplina torna-se uma “doença”: “...ele briga com os colegas e apronta o tempo todo, muitas vezes eu não dou conta, porque ele é muito hiperativo.” (Daniela)

Quanto à postura de suspeição temos a seguinte ilustração a partir de uma colocação de uma docente:

“Eu tenho um aluno que tenho uma grande suspeita que ele seja hiperativo, eu até já tive uma reunião juto com os pais, a psicóloga e a coordenação da escola. O problema é que os pais deste meu aluno não aceitam, de forma alguma, que o filho deles venha a ter este transtorno. Semana que vem, eu vou ter outra reunião com eles, porque este aluno é um aluno que não senta, que se enfia embaixo do armário, que perturba os colegas do nada, que chuta tudo e todo mundo, que bate nos colegas, que não pára quieto, toda semana, pelo menos uma vez, ele fica na sala na hora do recreio pra dar conta de copiar o que ele não conseguiu, porque ele se distrai muito. Eu acredito que até um ponto o educador pode intervir, de um ponto pra frente se ele não tiver um especialista, um acompanhamento de um neuro, de um psico, enfim, não tem resultado.” (Fabiola)

Outro tema recorrente que encontramos foi a falta de fontes diferenciadas e fidedignas em que as professoras informam-se sobre o TDA/H. A maioria das entrevistadas apontaram a mídia televisa e impressa como fontes quando indagados aonde tinham se informado sobre o TDA/H.

“Eu sempre procuro ler assuntos que remetam ao meu cotidiano na escola e como o transtorno tá sendo muito evidenciado pela mídia, a produção de matérias sobre o TDA/H está muito grande, então a facilidade de informação sobre o TDA/H é enorme e bem disponível.” (Cristiane)

Isso confirma cada vez mais a banalização desse Transtorno, em que informações, muitas vezes dúbias, criam uma teia de preconceitos sobre os alunos. Nesse sentido, seria fundamental que os professores aprofundassem sobre tema, principalmente sobre as críticas que a medicalização recebe, sobre o histórico desse quadro e sua fragilidade conceitual para que superassem esse enfoque reducionista. Desse modo, poderiam se ater nas potencialidades, possibilidades dos alunos nos caminhos de aprendizagem diferentes de cada um. Infelizmente não é essa a realidade e a “máquina” de encaminhamentos não cessa:

“Este ano eu tenho um aluno diagnosticado, mas tenho mais um que apresenta características do TDA/H, tenho certeza disso, só que só não tem o laudo, já pedi para a escola conseguir uma reunião com os pais. Precisamos leva-los para uma conversa com pessoas especializadas” (Daniela)

### **3.3.2 A medicalização nas escolas**

A segunda categoria que delimitamos é a importância que o discurso médico tem para os professores. Nas entrevistas foi nítido como as professoras e orientadoras se apropriam desse discurso, o qual pretere o próprio discurso pedagógico. Como discutimos, atualmente o padrão de normalidade sustenta a lógica da medicação e no ato educativo quando surge qualquer desvio supõe-se um transtorno, um “defeito” no cérebro da criança, sendo a medicação a solução mágica dos ditos problemas.

Collares e Moysés (1992) relatam que o professor precisa retomar a sua importância dentro do contexto escolar, o qual foi tomado pelo discurso da saúde e por outras áreas de conhecimento. As mesmas autoras mencionam que o espaço pedagógico ficou limitado, pois

as soluções são propostas advém de outras áreas de conhecimento, no entanto, a maioria dos impasses seriam “problemas pedagógicos por excelência e como tal só podem ser resolvido dentro da escola, por profissionais da educação”. ( p. 26)

Legnani (2003), por sua vez, aposta na importância da intervenção interdisciplinar entre os profissionais da educação, da medicina e da psicologia em relação à problemática do TDA/H, mas sempre valorizando e enfatizando o papel do professor nesta intervenção.

No entanto, percebe-se que na maioria das entrevistas que é a ação do médico que detém a derradeira importância, obviamente pelo papel que esse ocupa por ser o profissional que prescreve a almejada medicação:

“...meu aluno veio com um laudo confiável, só pedimos laudo quando nós vemos que a criança é hiperativa de verdade, quando o médico prescreve o remédio é porque é a melhor alternativa para a criança, porque o grau de hiperatividade dela é muito grande. É um trabalho muito sério a construção do laudo, junto com a prescrição do remédio, porque eles ajudam muito a criança a conviver na escola, consegue fazer com a que a criança se concentre mais em seus deveres na escola.”  
(Daniela)

Algumas professoras atribuem importância para outros especialistas da área da saúde:

“Eu acredito que até um ponto o educador pode intervir, de um ponto pra frente não adianta, se ele não tiver um especialista, um acompanhamento de um neuro, de um psico, enfim, não tem resultado nenhum e a criança continua sem melhora no seu quadro.” (Fabiola)

Desse modo, percebe-se que as docentes entrevistadas pensam como a maioria dos professores os quais, de fato, ficam voltados para o “todo” da sala de aula e quando a diferença de cada um aparece desafiando esse tipo de lógica pedagógica não se consegue redimensionar o ato de ensinar, a didática e os recursos pedagógicos utilizados. Nessa circunstância o foco passa a ser uma disfunção neurológica que seria responsável pela não aprendizagem.

### **3.3.3 Ritalina: a pílula “mágica” e seus efeitos “zumbi like” e de “apagamento” do sujeito**

Como já mencionado, o fenômeno da medicalização se intensifica quando é atrelado ao medicamento metilfenidato. Para muitos professores o remédio auxilia no processo de ensino-aprendizagem. Algumas o apresentam como a solução para se alcançar o “resultado esperado”

“Eu acho importante sim, o remédio ajuda a criança a se comportar melhor em sala de aula, vai ajudar a criança a se concentrar mais e chegar na aprendizagem esperada. As crianças que tem TDA/H e que não são medicadas, tem um potencial

bom, mas não sabem porque seu comportamento intenso mascara estas possibilidades.” (Fabiola)

“O remédio é de grande importância sim, para crianças que tem uma impulsividade e falta de concentração muito grande, como eu já falei, ele vai proporcionar momentos de concentração nessa criança e vai fazer com que ela se esforce mais na sua aprendizagem.” (Grazielly)

“Eu sou a favor do uso do remédio a partir do momento que ele promova uma maior concentração, uma desacelerada na criança para que ela consiga realizar suas tarefas dentro de sala de aula.” (Érika)

Na seguinte afirmação percebemos a necessidade de homogeneização dos alunos para que ato educativo opere:

“É óbvio que eu, como professora, prefiro ter crianças que não irão me dar tanto trabalho e se eu vejo que com o remédio eu consigo ter isso mais facilmente, eu vou querer que o uso do remédio seja sempre disponível para estes alunos” (Grazielly)

Um ponto a ser ressaltado é que a maioria dos professores levantaram mais questões comportamentais dos alunos que deveriam ser medicados do que os aspectos relacionados ao desempenho cognitivo:

“Quando ele toma o remédio, ele fica bem mais tranquilo, ajuda bastante na rotina da sala de aula, porque eu consigo dividir a atenção com as outras crianças, porque tem dias que eu fico só por conta dele. Ele também consegue ficar mais tempo realizando uma atividade, mas as notas ainda são baixas” (Maria da Conceição)

“A minha aluna faz o uso de medicação sim e o que eu vejo é que ela fica mais tranquila, sua capacidade de concentração melhora, não preciso chamar a atenção dela várias vezes, para ela prestar atenção no que eu falo, ela fica menos agitada, no recreio mesmo, ela consegue brincar de forma não tão agressiva. (Cristiane)

Algumas professoras, no entanto, já enfatizam que uso do remédio tem efeitos preocupantes:

“Eu percebo que tem muitos alunos que chegam aqui na escola já medicados e que entram, literalmente, dopados na sala de aula.” (Érika)

“Como eu falei no começo estas crianças que tem este diagnóstico são ligadas no 220 e é nesse ponto que o remédio age. Eu vejo que a minha aluna que toma o remédio, ela fica mais tranquila, menos agitada, não fica andando pela sala, algumas vezes até meio avoada, o que me deixa um pouco preocupada.” (Fabiane)

“(…) mas, eu noto também que ela fica mais devagar, parece que fica meio lento, acho que a medicação está muito forte para ela, ela é muito magrinha e pequena, acho que estão dando uma quantidade muito maior para ela.” (Cristiane)

Outro fator que identificamos junto aos entrevistados foram algumas atitudes das educadoras como uma maneira de auxiliar estas crianças, mas que, na verdade, só intensificam o estigma causado pelo quadro, pois os alunos são vistos como incapazes e se acomodam a ter estas “regalias” oferecidas pelas escolas.

“No momento que você chegou eu estava mandando um e-mail para uma mãe, contendo um texto antecipado de uma prova (...) Os alunos não têm prova surpresa, os demais alunos não têm datas agendadas para testes, os alunos com diagnóstico de TDA/H tem todos os testes agendados, nós ligamos para os pais e comunicamos que determinado dia terá teste da matéria de determinado professor. Porque esta criança precisa ser sempre preparada previamente, justamente porque a hiperatividade dela muitas vezes a impossibilita de fazer provas surpresas (...) Nós também destacamos a prova(a orientadora me mostrou algumas provas já destacadas para a semana de prova que começa depois do feriado), onde por exemplo, esta prova aqui de inglês ela tem todas os verbos de comando, ação, destacados (Valdirene).

O ponto talvez mais preocupante desse estudo focaliza-se nessa questão: uma vez diagnosticados os alunos perdem suas identidades. Eles se tornam um “bloco” formado pelos alunos que têm TDA/H. Isto impossibilita o desenvolvimento de ligações significativas para a criança e sua capacidade e possibilidades de aprendizagem também se tornam delimitadas e balizadas pelo laudo médico. É comum escutar: “a criança com TDA/H age assim, aprende assim, é assim”. Desse modo, o lugar da subjetividade de cada um desaparece no contexto escolar e o nome próprio do sujeito cede lugar para uma sigla diagnóstica com quatro letras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstramos, ao longo do trabalho, o fenômeno da medicalização inclui o que ocorre hoje no contexto escolar e perpassa o nosso cotidiano de forma indelével. Nas “entrelinhas” desse fenômeno aparecem interesses múltiplos que abarcam questões políticas, econômicas, culturais. No entanto, pode-se perceber o quão escusos são tais interesses e o quanto eles sustentam a sociedade contemporânea, marcada pela desigualdade, pela ostentação, pelo individualismo, competitividade e por uma forte exclusão daqueles que colocam em risco a ratificação dessa lógica.

Na análise das entrevistas, pudemos perceber a busca incessante das professoras em conseguir uma homogeneização das crianças, visando uma suposta aprendizagem para adequá-las ao contexto supracitado. Desse modo, podemos inferir que a imposição de um diagnóstico, muitas vezes inconsistente de TDA/H, associada com os psicotrópicos nada mais é do que uma maneira de controle ou de manutenção desses parâmetros sociais, os quais deveriam ser frontalmente questionados pelo próprio contexto escolar.

Entretanto, esse questionamento está totalmente esmaecido nas escolas públicas e privadas e se há um evidente mal-estar docente em nosso contexto, este é apenas projetado nos alunos que têm alguma dificuldade ou que escapam ao padrão, de modo a apagar a

diferença de cada criança e a expressão dos seus questionamentos, conflitos e anseios. Assim, a construção desse trabalho, possibilitou-nos fazer uma crítica a essa standardização, infelizmente, atualmente, muito valorizada pelas escolas, também pelas famílias e pela sociedade como um todo.

No caso da prescrição dos fármacos, podemos concluir que há uma irreflexão preocupante em relação a essa problemática. É evidente que em alguns casos o uso da medicação pode proporcionar uma certa melhora para a criança com relação ao convívio escolar e seu comportamento, mas ainda faltam estudos relacionando esse uso com os mecanismos da aprendizagem. Ou seja, podemos nos perguntar sobre qual tipo de aprendizagem a criança passa a ter quando faz uso contínuo do metilfenidato. A aprendizagem não se tornaria mecânica, sem a riqueza da interpretação própria do sujeito diante do conhecimento? O uso contínuo da medicação não operaria como um prejuízo para a flexibilidade do raciocínio? A capacidade crítica do aluno não seria prejudicada?

Essas perguntas precisam ser respondidas por estudos e pesquisas conduzidas por pedagogos, pois são eles que convivem diariamente com as crianças e que dispõem de um campo de conhecimento sobre como os processos cognitivos articulam-se com o processo de ensino e aprendizagem.

Talvez esses estudos coíbam ou pelo menos tragam um alerta para a excessiva demanda da escola pelas soluções médicas, que hoje são a primeira opção para se obter uma resposta para educar o “aluno problema”. Assim, quem sabe o professor, em seu dia-a-dia em sala de aula, poderia retomar a importância de se investigar as inúmeras possibilidades de que cada criança tem para aprender. Essa retomada, de sua função como educador, pautada no olhar e na escuta dos alunos é que pode propiciar o acolhimento das diferenças, as quais sempre serão promissoras para que surja o novo que é, por sua vez essencial para que haja mudanças na própria escola e, por conseguinte, na sociedade em que vivemos.

## PERSPECTIVAS PROFISSIONAIS

Durante o período que estive na graduação, eu pude me diversificar nos caminhos que convergem para a educação e sua totalidade, a administração escolar, a gestão, os níveis de educação, a educação de campo, a EJA, todos os universos por trás da educação eu pude sentir, experimentar.

Mas tem sempre uma área que te arrebatava e a que me causou esta sensação, foi sem dúvida a sala de aula, meus meninos que com o seu cotidiano me fazem crescer cada vez mais e aprender inúmeras maneiras de se ver a vida. Tão pequenos, mas tão vivos e com uma vontade enorme de descobrir o novo. A sala de aula me proporciona um aconchego e uma certeza de que escolhi a profissão certa, que ser educador é, principalmente, ser vivo e apaixonado pelas trocas de experiências e pelo outro.

A responsabilidade de ser um educador é muito grande, a responsabilidade por trás dele é absurda, mas a minha certeza de fazer a diferença e proporcionar um caminho seguro aos meus alunos é maior que todos os obstáculos por trás desta profissão, a qual eu me orgulho muito de ter escolhido e ela ter me abrigado.

Ao pensar nas minhas perspectivas profissionais, notei o quanto eu sou apaixonada pela educação e sua dimensionalidade, principalmente o ambiente escolar, mas pretendo sempre desbravar os outros caminhos por trás da educação, pois a vejo muito mais que uma profissão, a vejo com uma escolha para a vida que refletirá em outras e mais outras vidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DA SILVA, A. P, Isabella; CASSIANO, S, Janaina. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade à luz de uma abordagem crítica: um estudo de caso. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, abr. 2011 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167711682011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 29 jan. 2013.

GUARIDO, Renata. A presença do discurso médico na educação.2006. Disponível em: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000032006000100059&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032006000100059&lng=en&nrm=abn). Acesso em: 11 Jul. 2012.

LEGNANI, Viviane Neves. **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Um estudo psicanalítico**. 2003. 179f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília.

LEGNANI, Viviane N. et al. Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de subjetivação das crianças com diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tda/h). **Colóquio do LEPSI IP/FE – USP**, São Paulo, ano 5, 2006.

LIMA, Rossano Cabral. **Somos todos desatentos? O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LOPES, Elisângela Patrícia Correa. TDAH: Uma justificativa confortável e inconsequente. Revista Coordenação Pedagógica: Coletânea de Estudos de Casos, on-line, Minas Gerais, v.1, n.2, dez 2008. Disponível em: [http://www.pucminas.br/graduacao/cursos/arquivos/ARE\\_ARQ\\_REVIS\\_ELETR20081205200459.pdf](http://www.pucminas.br/graduacao/cursos/arquivos/ARE_ARQ_REVIS_ELETR20081205200459.pdf) . Acesso em: 6 Fev. 2013

LÜDKE, André Menga, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 16, n. 1, June 2012 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141385572012000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141385572012000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 Set. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>.

MESQUITA, Raquel Cabral De. **A implicação do educador diante do TDAH: repetição do discurso médico ou construção de uma resposta educacional?** Dissertação de Mestrado, UFMG, 2009.

MOYSÉS, Maria Aparecida Afonso. A institucionalização invisível: crianças que não aprendem-na-escola [tese de livre-docência]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A Patologização da Educação). *Série Ideias* (23), São Paulo, FDE, 25-31.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. O renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho na escola. **Cadernos CEDES: O sucesso escolar um desejo pedagógico**, Campinas: Papyrus, n.28. p.23-29. 1992b.

MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso; COLLARES, Cecília Azevedo Lima. Diagnóstico da medicalização do processo ensino-aprendizagem na 1ª série do 1º grau do município de Campinas. **Revista Em Aberto**, Brasília:[s.n], ano 11, n.53, jan./mar. 1992c.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisa em administração**, São Paulo, v.1, nº 3, 2º sem./1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 07 Jan. 2013.

OSTI, A. **As dificuldades de aprendizagem na concepção do professor**. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, 2004. Disponível em <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000321202>> Acesso em: 24 Set. 2012.

PASTURA, Giuseppe; MATTOS, Paulo. Efeitos colaterais do metilfenidato. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 2, 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832004000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Jul. 2012.

ROHDE, Luis A.; HALPERN, Ricardo. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, Apr. 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572004000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 Jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300009>.

SILVA. Ana Beatriz B. **Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas**. 12.ed. São Paulo: Gente, 2003.

TÓFOLI, Daniela. País vive febre da ‘droga da obediência’. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 15 jan. 2006. Folha Cotidiano, p. C1.

WERNER, Junior Jairo. **Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado**. 1997. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, Saúde Mental) – Unicamp, Campinas, 1997.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 17, n. 1, abr. 2007 . Disponível em [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822007000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822007000100014&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 25 set. 2012

## APÊNDICES

*Roteiro de entrevista*

- 1- O que é TDAH?**
- 2- Aonde você se informou sobre o que é TDAH?**
- 3- Você já teve experiência com crianças com este diagnóstico? Como foi?**
- 4- Você tem algum aluno diagnosticado com TDAH? Em caso de afirmação, quantos?**
- 5- Você demanda algum cuidado especial com os alunos diagnosticados? Qual?**
- 6- Os alunos diagnosticados fazem uso de alguma medicação? Você nota alguma mudança no comportamento deles, quando estes fazem o uso da medicação?**
- 7- Você acredita que os alunos diagnosticados com TDAH tem sofrido um processo de medicalização em seu processo de ensino-aprendizagem, onde certos pontos relacionados a sua aprendizagem são tratados na ordem patológica, sem considerar as demais esferas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem? Comente a sua opinião.**
- 8- Como você entende de que maneira podemos incluir uma criança com TDAH na escola?**
- 9- Você acha importante a manipulação de remédios para crianças com este diagnóstico?**
- 10- De que maneira o remédio influencia no processo de ensino-aprendizagem destes alunos?**